

Prévenir le suicide des 15-34 ans : priorité du Poitou-Charentes

Le programme de prévention du suicide de Poitou-Charentes est basé sur le partenariat des institutions et un fonctionnement en réseaux des intervenants

Les conférences régionales de santé ont permis l'expression des priorités de santé, traduction des besoins locaux de ce que veulent les individus. C'est ainsi qu'en 1996, la première conférence régionale de santé du Poitou-Charentes retient comme une des priorités régionales de santé « le suicide et la dépression ».

Sur l'initiative du préfet de région, la déclinaison spécifique d'un programme régional sur le thème du suicide en Poitou-Charentes est engagée dès 1997. Le choix d'une population cible, les 15-34 ans, a été discuté, privilégiant un raisonnement en termes de potentiel d'années de vie perdues, une vision sanitaire qui favorise les jeunes tranches de population.

C'est un choix de santé publique, même si en Poitou-Charentes la surmortalité par suicide reste modérée : 420 décès par suicide par an, dont 70 suicides de jeunes entre 15 et 34 ans avec une dominance féminine. Mais les tentatives de suicide accueillies dans les établissements hospitaliers sont d'environ 4 000 par an, concernant 70 % de jeunes, ce qui justifie un effort de prise en charge. Il était espéré que le programme se répercute sur toute la population, en particulier chez les personnes âgées dont le nombre de suicides est plus élevé.

Le programme se devait de proposer, sur cinq ans, des orientations susceptibles de réduire ou limiter la morbidité et la mortalité liées aux dépressions, aux suicides et aux tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune. Pour en définir le plan d'actions, une consultation de 400 institutions et associations dans les quatre départements

du Poitou-Charentes a été conduite en 1997. C'est ainsi que les quatre objectifs généraux du programme se déclinent en quinze actions qui intéressent les domaines de :

- l'information,
- la formation,
- la promotion de la santé,
- la prise en charge et le suivi des patients et des familles,
- la connaissance épidémiologique,
- la mise en réseau et la coordination des professionnels.

Ce programme est prévu sur cinq ans, soit 1998-2002. Un calendrier prévisionnel de réalisation a été élaboré en tenant compte de six actions estimées prioritaires par les acteurs consultés, à savoir :

- la création de réseaux départementaux,
- le renforcement de l'accueil spécialisé dans les services d'urgence,
- la formation inter-institutionnelle des professionnels,
- le développement des programmes de promotion de santé,
- la mise en place de recommandations concernant la prise en charge des tentatives de suicide,
- l'amélioration des conditions d'incarcération.

La troisième conférence régionale de santé, en mars 1998, a été le lieu de présentation du programme.

Une déclinaison locale du programme par une coordination départementale

La mise en place d'une coordination départementale de réseau est une des priorités

Anne Barbail
Médecin inspecteur régional adjoint,
Drass Poitou-Charentes



d'actions du programme. Elle a pour finalité d'impulser et d'animer la mise en réseau des professionnels et de mettre en œuvre, avec eux, les différentes actions du programme au niveau départemental ou infra-départemental. Cette action a fait l'objet d'un appel d'offres de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé pour porter ce projet de coordination qui comprend un temps plein de cadre de santé, un temps de supervision médicale et un temps de secrétariat.

Depuis 1999, cinq établissements hospitaliers, un par secteur sanitaire, ont été soutenus pour promouvoir cette coordination locale du programme. Elle est, dans la plupart des cas, portée par un secteur de psychiatrie, mais il convient de souligner l'implication du centre d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, en lien avec le centre hospitalier psychiatrique pour ce qui concerne le réseau Charente.

Ces réseaux départementaux de prévention, prise en charge et suivi sont en bonne voie grâce à l'impulsion donnée par les coordinateurs départementaux du programme. Les coordinations ont initié le fonctionnement en réseau en cooptant les partenaires concernés, professionnels, institutions et associations volontaires. La mobilisation des acteurs s'est faite grâce au développement de la communication sur le thème du suicide par le biais de forums ou de séminaires, qui ont été proposés dans chaque département, mais également à travers les actions concernant l'information sur les professionnels et les structures spécialisées, la mise en place de l'accompagnement des familles de suicidants et suicidés, le développement de projets de promotion en santé mentale.

Les formations favorisant la mise en réseau

Une des actions du programme est consacrée à la mise en place de formations inter-institutionnelles des professionnels des divers champs d'intervention auprès des jeunes (justice, éducation nationale, mission locale, santé, etc.). Cette action, organisée par territoire, vise à faciliter le repérage et l'orientation des adolescents et adultes jeunes présentant un risque de dépression ou un risque suicidaire.

Depuis 1999, plus de 450 professionnels ont suivi cette formation, organisée sur trois jours et financée par l'État et l'assurance maladie. L'évaluation des premières sessions a montré l'intérêt des professionnels, l'importance du caractère inter-institutionnel et

territorial dans la réalisation de ces formations pour la connaissance des uns et des autres. Les professionnels engagés se sont révélés par la suite être des relais aux autres actions du programme.

En 2002, et en lien avec la stratégie nationale de prévention du suicide impulsée par la direction générale de la Santé, cette formation est relayée par les formations sur la crise suicidaire. Chaque coordination départementale du programme (médecin et cadre de santé) a suivi une formation de formateurs à la crise suicidaire, lui permettant ainsi de former les acteurs de son réseau local.

Le thème du suicide intégré dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Le renforcement de l'accueil spécialisé des suicidants dans les services d'urgence trouve sa mise en œuvre au travers des volets urgences et psychiatrie des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ils ciblent prioritairement l'accueil psychiatrique aux urgences, le développement d'unités d'hospitalisation spécialisée pour adolescents. L'inscription de ces orientations dans les schémas en fait une priorité d'accompagnement budgétaire, qui s'est traduite par le renforcement en personnel des services d'urgence et de psychiatrie, la mise en place de lits-portes supplémentaires aux urgences ou le renforcement de services de post-urgences, la création d'unités intersectorielles pour adolescents.

En parallèle, l'élaboration des recommandations de prise en charge des tentatives de suicide était également inscrite dans le programme. Cette action, souhaitée également dans d'autres régions, a été reprise au niveau national (conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Anaes). Dans le même temps, l'Anaes a proposé, sur la base des recommandations sur la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide parues en 1999, une évaluation des pratiques professionnelles selon la méthode de l'audit clinique. Sous le pilotage du correspondant régional de l'Anaes, treize établissements de santé du Poitou-Charentes se sont engagés dans la démarche d'audit. L'analyse des pratiques a montré que les actions correctives ont concerné surtout l'organisation de la prise en charge aux urgences et moins souvent l'articulation de la sortie ou la qualité des relations avec l'environnement du suicidant, alors que l'évaluation montrait des écarts au référentiel plus fréquents sur ces deux catégories de critères.

La prévention

Le développement des programmes de promotion de santé s'est concrétisé par le financement de plus d'une centaine de projets de promotion en santé mentale qui ont concerné des actions telles que les ateliers bien-être, les soirées théâtre-débats, les forums-santé, etc. Leur développement s'est accompagné du renforcement de l'aide méthodologique aux porteurs de projet, aide apportée par le comité régional d'éducation en santé en lien avec les comités départementaux. Des groupes prévention, en partenariat avec l'Éducation nationale et les associations, se sont mis en place dans les départements sous l'égide des coordinations du programme.

Les actions d'information (plaquettes, répertoire, divers produits d'information) et de communication, par l'organisation de congrès, communications ou manifestations autour du thème par chaque coordination départementale, ont été accueillies très favorablement par les partenaires du réseau.

Les actions en milieu carcéral

L'importance des suicides en milieu carcéral a justifié de décliner une action spécifique sur l'amélioration des conditions de détention dans ce programme, d'autant que sept établissements pénitentiaires en Poitou-Charentes accueillent chaque année plus de trois mille détenus. Les formations inter-institutionnelles, puis ensuite les formations à la crise suicidaire, ont associé à la fois le personnel de l'administration pénitentiaire et celui des unités de consultations et de soins ambulatoires. En 2003, au moins une formation aura été réalisée dans chaque établissement pénitentiaire. D'autres projets ont émergé, en lien avec les associations et les services de probation et d'insertion : livret d'accueil, mise en place de groupes de parole, de permanences associatives pour traiter les difficultés médicales, sociales et psychologiques rencontrées lors de l'incarcération. Une réflexion est actuellement en cours avec l'administration pénitentiaire pour coordonner et harmoniser ensemble les projets d'éducation à la santé en milieu carcéral.

L'accompagnement des familles

Ce volet du programme proposait de mettre en place un accompagnement aux familles de suicidants et suicidés sur chaque département. Ce travail s'est appuyé sur les nombreuses associations œuvrant déjà dans ce domaine : Estuaire, Jonathan Pierres Vivantes, Vivre son deuil, l'association Phare

Enfants-Parents, etc.), ou le réseau hospitalier psychiatrique et l'Union nationale des amis et familles de malades (Unafam). C'est ainsi que les lieux d'écoute et d'accompagnement ont été recensés, identifiés ou mis en place si besoin.

Il convient de souligner l'action originale développée par la coordination de Charente-Maritime en partenariat avec l'Éducation nationale, qui a permis d'élaborer un guide de recommandations lors d'un événement traumatique dans une communauté éducative; ce guide sera diffusé à tous les établissements scolaires du département. Une diffusion sur les trois autres départements est actuellement envisagée.

Résultats et enseignements

Le programme régional de santé «Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune» a fait l'objet d'une mise en œuvre concrète depuis mi-1999, période à laquelle l'ensemble des cinq coordinations départementales ont été mises en place. À ce jour, douze des quinze actions prévues du programme ont été réellement réalisées, dont les six actions définies initialement comme prioritaires.

L'analyse des résultats en 2003 permet de dégager des éléments favorisant la mise en œuvre du programme. Tout d'abord, un tel programme n'a pu se faire sans un indispensable engagement commun de l'État, de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. C'est grâce à ce partenariat, qui a fait du suicide une thématique régionale prioritaire, qu'il a été possible de soutenir :

- la mise en place des coordinations départementales du programme, par appel à projet de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé,
- le renforcement des services d'urgence et de la psychiatrie dans les centres hospitaliers,
- le développement privilégié des projets de promotion en santé mentale inscrits dans l'appel à projet commun État-Urcam.

D'autre part, une déclinaison locale de programme implique un effecteur, en l'occurrence un pilotage local par une coordination avec l'aide du réseau d'acteurs. Cette organisation soutenue par l'agence régionale de l'hospitalisation a servi la légitimation du programme. En ce sens, la labellisation hospitalière de la coordination est déclarée comme facilitant la reconnaissance institutionnelle.

Trois actions portées par les coordinations locales apparaissent comme particulièrement

fédératrices pour la mise en place de réseaux locaux :

- la formation inter-institutionnelle au repérage et à l'orientation du sujet présentant un risque suicidaire, qui a permis de réunir des professionnels ayant des intérêts et des interrogations en commun, mais qui ne se connaissent pas ni parfois ne se reconnaissent, de partager un même savoir et de révéler leur souhait d'être acteur de prévention;
- les actions de communication et d'information, en raison de l'intérêt marqué des partenaires du réseau à disposer de supports d'information, de leur forte mobilisation autour des questions «qui fait quoi? pour qui? à quel moment?»;
- la structuration du réseau d'accompagnement des familles compte tenu de l'intérêt majeur pour cette action reconnue à la fois par les professionnels, les associations et le grand public.

À l'inverse, des difficultés ont pu être identifiées dans la déclinaison de ce programme, à savoir :

- les possibilités réduites d'accéder dans de brefs délais à des consultations spécialisées en psychiatrie en raison soit de la saturation du dispositif, soit de l'absence de psychiatres sur certains secteurs;
- la difficile mobilisation des médecins généralistes, des psychiatres libéraux; le dispositif de formation médicale continue reste peu lisible et le rôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville dans la constitution de réseaux demeure complexe. L'identification de médecins leaders sur certains territoires pourrait être un objectif pour développer, en lien avec le secteur psychiatrique, des réseaux gradués de prise en charge;
- le développement des actions de prévention s'est heurté à l'insuffisance du réseau d'acteurs locaux formés à la méthodologie de projets, probablement en lien avec l'absence d'un cadrage national sur les objectifs et les contenus d'une politique de promotion en santé mentale. Par ailleurs, bien que, à l'instar d'autres régions, un appel à projet commun entre l'État et l'assurance-maladie ait été mis en place en Poitou-Charentes, les acteurs soulignent la complexité des financements dédiés à la prévention et la multiplicité des financeurs potentiels;
- trois des actions du programme n'ont pas été déclinées sous la forme prévue initialement, soit parce qu'elles relevaient d'un niveau national (par exemple : mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique, développement des programmes de recherche) soit

parce qu'elles n'ont pas été jugées pertinentes (par exemple : la création d'un registre des suicides et des tentatives de suicide non retenue par le Comité national des registres). Cependant, elles ont été reprises à travers la création, localement, de lieux d'accueil et d'écoute, et la réalisation d'études régionales contribuant à la connaissance des suicides.

Enfin, il convient de poser la question de la mesure de l'impact du programme en termes de réduction de mortalité et de morbidité. L'absence de données facilement «collectables» sur les tentatives de suicide, la disponibilité des données de mortalité en temps réel restent des obstacles pour mesurer les évolutions des tendances épidémiologiques au fur et à mesure du déroulement de la programmation.

Conclusion

La mise en œuvre d'un programme régional de santé sur le thème du suicide, tel que celui proposé en Poitou-Charentes, a nécessité un engagement prioritaire des trois principaux partenaires institutionnels régionaux que sont les services déconcentrés de l'État, l'agence régionale de l'hospitalisation et l'Urcam. Ce partenariat a largement contribué à instaurer une dynamique et à dégager les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le programme d'actions. En ce sens, la mise en place de coordinations départementales a été le relais indispensable pour fédérer les partenaires locaux autour de la déclinaison territoriale des actions.

Au terme des cinq années prévues pour ce programme régional, il s'agit d'envisager de nouvelles perspectives. En lien avec les orientations du schéma régional d'éducation et de prévention en santé et du projet de loi d'orientation en santé publique, quatre domaines d'interventions sont à privilégier dans le champ de la santé mentale : la promotion de la santé, l'information, la formation et l'animation du travail en réseau. Quatre populations seraient prioritairement ciblées : les jeunes, les précaires, les détenus et les personnes âgées. Pour cela, il s'agit de faire évoluer le rôle des coordinateurs départementaux vers une coordination territoriale en suicide-santé mentale, tout en conservant leur positionnement à partir des centres hospitaliers.

Tel est le sens des réflexions actuelles qui devront nous conduire à définir le contenu et les modalités de réalisation des orientations retenues pour cette évolution du programme régional de santé vers la déclinaison régionale de cette priorité de santé publique. ■